



FORMULARIO REPRESENTATIVO AUTORIZADO

De: _____

Deseo designar a _____
Nombre de la persona

Organización y Dirección de la Organización

para actuar a mi favor respecto a la solicitud y/o participación en un Programa Healthy Families Program (HFP)/Programas Medi-Cal (MC).

- **He completado la sección “Permiso para compartir información” de este formulario que así autoriza los programas HFP/MC para hablar con la persona que he designado anteriormente.**
- **Abajo he firmado y fechado este formulario de autorización.**
- **Entiendo que los programas HFP/MC no pueden hablar con la persona que he designado anteriormente (mi representante autorizado) hasta que reciba esta autorización firmada por mí.**

Permiso para compartir información:

He autorizado a los programas HFP/MC para hablar con la persona designada anteriormente que deseo que actúe a mi favor respecto la solicitud para participar en el programa HFP/MC. Entiendo que este permiso para actuar a mi favor termina en la fecha en que el programa envía su decisión respecto dicha solicitud.

Nombre del Solicitante: (si es diferente del anterior): _____
Por favor, Escriba

Nombre del Niño: _____

Número de Miembro de la Familia: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Enviar por correo este formulario a:
Healthy Families/Medi-Cal Programs
Attention: Authorized Representative
P.O. Box 138005
Sacramento, CA 95813-8005

También puede enviar un fax a: **1-866-848-4974**. El número de fax es gratuito.

Si tiene preguntas, por favor llame al 1-866-848-9166, de Lunes a Viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., o el sábado, de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.